

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 297

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DU PROFESSEUR TIXIER

De la

CHOLÉCYSTECTOMIE SOUS-SÉREUSE
sans ligature du tronc de l'artère cystique
dans les cholécystites aiguës suppurées

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 8 Juillet 1930.

PAR

Miléta BABOVITCH

Né le 12 Juillet 1896 à POLITZA (Bérané) Yougoslavie



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

DE LA CHOLÉCYSTECTOMIE SOUS-SÉREUSE
sans ligature du tronc de l'artère cystique
dans les cholécystites aiguës suppurées



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 297

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DU PROFESSEUR TIXIER

De la

CHOLÉCYSTECTOMIE SOUS-SÉREUSE
sans ligature du tronc de l'artère cystique
dans les cholécystites aiguës suppurées

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 8 Juillet 1930.

PAR

Miléta BABOVITCH

Né le 12 Juillet 1896 à POLITZA (Bérané) Yougoslavie



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

PERSONNEL DE LA FACULTÉ



Doyen honoraire M L. HUGOUNENQ.
 Doyen M J. LEPINE.
 Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	DUMAS	MARTIN (Joseph)
TRILLAT	SANTY	DUFOURT	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DEVIC	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (André)	GABRIELLE	GATÉ
ROCHAIX	CHALIER (Joseph)	MANCEAU	BERNHEIM
RHENTER	NOEL		DECHAUME
			POLLOSSON

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président ; BONNET, assesseur ;
 SANTY et CHALIER A., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Sa bonté et son dévouement pour moi ne connaissent pas de bornes. Sa vie était pleine de sacrifices pour ses enfants. Notre amour et notre reconnaissance ne seront jamais assez grands.

Je lui exprime ma gratitude éternelle de ma tendresse filiale.

A MA MÈRE

Bien faible témoignage de ma profonde affection et ma grande reconnaissance filiale.

A MA CHÈRE FEMME MARGUTA

Comme faible témoignage de ma reconnaissance pour l'affection et le dévouement.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

Un souvenir fraternel.

A MA BELLE-SŒUR, MES BEAUX-FRÈRES
ET MES NEVEUX

Avec toutes mes tendresses et ma
profonde affection.

A TOUTE MA FAMILLE, MES CAMARADES ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

*Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Université de Lyon
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Nous le remercions pour le grand honneur qu'il nous fit d'avoir accepté la présidence de notre Jury. Nous sommes heureux de pouvoir saisir cette occasion pour lui exprimer notre reconnaissance infinie. Nous n'oublierons jamais son enseignement au cours de notre stage en son Service et que nous avons eu la grande faveur de suivre dès le début de nos études, qui furent la révélation, l'exemple vivant de ce qu'est un des plus grands maîtres par son art chirurgical de la grande Ecole Française.

Nous le prions de vouloir bien accepter ici l'assurance de notre sincère gratitude et de nos sentiments les plus respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL BONNET

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

Chef des Travaux de Médecine opératoire à la Faculté

Chevalier de la Légion d'Honneur

Commandeur de l'Ordre Royal de Saint-Sava

C'est lui qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse. C'est lui qui nous donna toutes les directives nécessaires pour ce travail, ne ménageant ni ses efforts, ni son temps. Toujours il nous accueillit avec une extrême bienveillance. Avec une humeur toujours égale, une modestie qui nous toucha, il nous dirigea dans notre tâche d'un bout à l'autre.

Nous lui renouvelons, une fois de plus, l'expression la plus sincère de nos remerciements pour tout ce qu'il fit pour nous. Nous n'oublierons jamais sa bonté inappréciable qu'il nous a témoignée toujours. C'est lui chez lequel aussi, nous pûmes découvrir toute la grandeur, toute la générosité du cœur français ; puisse-t-il être assuré que nous serons toujours fier d'avoir été son élève.

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY
Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. CHALIER
Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

Qui ont bien voulu accepter de faire
partie du Jury de notre thèse. Nous
leur adressons nos plus respectueux
remerciements.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE LYON

Avant-Propos

Arrivé au terme de nos études médicales et avant de quitter cette deuxième patrie qu'est la France pour nous, nous tenons à exprimer ici le plus simplement possible le grand amour et l'attachement profond que nous sentons pour elle la veille de notre départ.

Dans les conditions particulières où nous vécûmes en France, nous avons eu l'occasion de connaître et de nous initier à la vie, aux habitudes et aux mœurs du peuple français. Et sans aucune flatterie de notre part nous pouvons dire qu'après la Yougoslavie, notre chère Patrie, nous en possédons une autre: la France. Notre contact journalier avec des camarades et amis français pendant notre séjour en France nous a fait connaître et aimer ce beau et noble pays.

Ce n'est donc pas un simple acte de courtoisie. Les raisons qui me font écrire les lignes qui suivent sont dictées par un sentiment beaucoup plus élevé : nous exprimons ici notre gratitude émue pour tout ce que la France a fait pour nous pendant et après la grande, douloureuse, héroïque et tragique retraite dans ce sauvage pays qu'est l'Albanie 1915. Oublier cela !... C'est impossible !... Dans notre pays, où nous allons bientôt rentrer, nous n'oubierons pas que pour rester

entièrement fidèle envers notre chère France, il nous restera un autre devoir à accomplir : de faire connaître ce beau pays à tous ceux qui ne l'ont jamais vu, la faire connaître toujours davantage et la faire aimer toujours plus fort, quelle que soit la situation que nous ayons, nous ferons aimer la France.

Avant de quitter la France, berceau éternel de la civilisation et des sciences, nous nous empressons, avec le sentiment bien net d'avoir à accomplir un devoir, d'adresser tous nos remerciements, toute notre gratitude à nos grands Maîtres de la Faculté de Médecine de Lyon pour la formation professionnelle dont nous leur sommes redevable.

DE LA CHOLÉCYSTECTOMIE SOUS-SÉREUSE

sans ligature du tronc de l'artère cystique

dans les cholécystites aiguës suppurées

Introduction

Il n'est pas question ici de la cholécystectomie sous-séreuse, exécutée à froid pour une cholécystite subaiguë ou chronique.

En pareil cas, la cholécystectomie sous-séreuse est une opération qui obéit à une technique bien réglée; elle comporte la ligature de l'artère cystique.

Les articles du Professeur Tixier, la thèse de Buffé qu'il inspira en 1907, l'article de Cotte dans le *Lyon Chirurgical* de 1908, en ont fixé la technique et les indications. L'opération est exécutée de façon courante par la plupart des chirurgiens, en particulier par ceux de l'Ecole lyonnaise, qui a donné à cette opération la place qu'elle mérite dans la chirurgie de la vésicule.

Il n'en est pas de même dans les cholécystites aiguës suppurées, ou même suraiguës gangréneuses. La plupart des chirurgiens, même les plus favorables à la cholécystectomie sous-séreuse, ne la pratiquent pas comme opération d'urgence.

Le Professeur Villard et le Professeur Tixier la pratiquent bien encore dans les cholécystites suppurées, calculeuses ou non, mais ils ont en vue les opérations à froid, la phase aiguë une fois passée.

Buffé n'obéit déjà plus aux idées directrices de son maître lorsqu'il écrit : « Au cas d'empyème de la vésicule, les parois friables seront parsemées de foyers inflammatoires, de petits abcès, d'où impossibilité de décollement péritonéal. »

De même pour Cotte : « Dans les cholécystites aiguës à type hémorragique ou gangréneux, le péritoine vésiculaire étant envahi et enflammé au même titre et souvent au même degré que les autres parois vésiculaires, il ne saurait être question de tenter un décollement de la séreuse péritonéale. De toutes les formes de la cholécystite chronique, la cholécystite chronique simple, l'hydropisie ou l'empyème chronique sont généralement justiciables de cette méthode ; le péritoine chroniquement enflammé présente ordinairement un épaissement qui permet de faire aisément le décollement. »

Cependant la cholécystectomie sous-séreuse trouve sa place et ses indications dans les opérations d'urgence pour cholécystites suppurées ou même gangréneuses. C'est le point que nous voulons développer. Et, en pareil cas, dans les conditions, d'exception sans doute, où elle est réalisable, la cholécystectomie sous-séreuse peut être réalisée par une opération simplifiée, d'exécution rapide, dont la simplification éventuelle

est la suppression de la ligature du tronc de l'artère cystique.

Deux observations nous ont été confiées par le Professeur agrégé P. Bonnet. Elles illustrent de façon schématique à la fois les indications et la technique de cette *cholécystectomie sous-séreuse simplifiée*.

Conditions anatomiques favorables à la cholécystectomie sous-séreuse simplifiée

Deux conditions anatomiques normales, exagérées ou modifiées par l'inflammation, permettent de réaliser la cholécystectomie sous-séreuse et de la simplifier en se passant de la ligature du tronc de l'artère cystique. Ce sont :

1° L'existence dans les parois de la vésicule d'une couche sous-séreuse ;

2° Le mode de pénétration des vaisseaux dans leur traversée des tuniques de la vésicule.

1° *La couche sous-séreuse de la vésicule*

L'existence, dans les parois de la vésicule, d'une couche sous-séreuse a été surtout établie par les chirurgiens. Les anatomistes écrivent bien : « Le feuillet péritonéal est réuni à la tunique sous-jacente par du tissu cellulaire lâche qui permet facilement de séparer ces deux membranes, sans qu'on puisse cependant

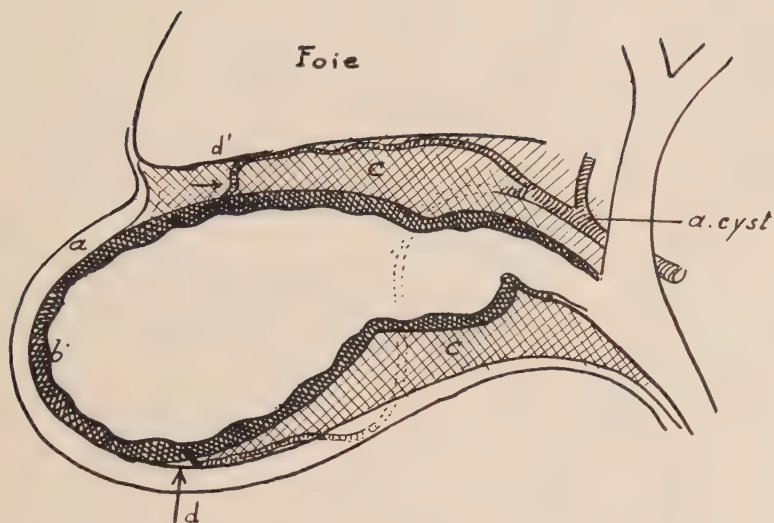
affirmer l'existence d'une sous-séreuse » (Soulié in Poirier, *Anat. humaine*).

Le Professeur Tixier a bien montré qu'il existe anatomiquement une « zone décollable » du péritoine de la vésicule. Au niveau du fond le péritoine adhère à la vésicule et ne peut en être pratiquement clivé. La zone clivable commence au niveau du corps et se poursuit vers le col et le canal cystique où elle devient un espace cellulaire véritable, d'où le précepte de commencer le décollement au niveau du corps de la vésicule. Il y a là une disposition comparable à celle que l'on observe au niveau de l'utérus. Ces notions anatomiques, que nous devons au Professeur Tixier, sont actuellement considérées comme classiques.

Chiray et Pavel, dans leur ouvrage sur la vésicule biliaire, confirment l'existence anatomique normale d'une tunique sous-séreuse : « La sous-séreuse est très lâche et plus importante en épaisseur que la couche précédente (la couche musculieuse), particularité qui est utilisée par le chirurgien pratiquant la cholécystectomie sous-séreuse. Cette couche est formée par un tissu conjonctif où les cellules adipeuses abondent. En approchant de la séreuse le tissu devient de plus en plus serré et épais ; des fibres élastiques s'y ajoutent en grand nombre pour former à l'extérieur une couche sur laquelle s'étale l'épithélium de la séreuse. »

L'existence normale d'une couche sous-séreuse ne semble donc pas discutée. Mais celle-ci apparaît avec plus d'évidence encore dans les cas pathologiques.

A vrai dire, les préparations histologiques ne semblent pas confirmer la netteté de cette couche sous-



***Disposition schématique des tuniques de la vésicule
et des branches de l'artère cystique
dans les cholécystites aiguës suppurées***

a) Péritoine épaissi ; b) muqueuse ; c) œdème de la sous-séreuse (zone clivable) ; d) branche droite de l'artère cystique que l'on rencontre sur la tranche de section de l'incision séreuse ; d') branche gauche et supérieure de l'artère cystique que l'on rencontre dans la zone de décollement.

Remarquer que les branches de l'artère cystique restent au contact de la séreuse, éloignés de la muqueuse.

séreuse dans les parois de la vésicule enflammée. Nous avons parcouru les dessins histologiques qui figurent en grand nombre dans l'ouvrage d'Hartmann (*Chirurgie des voies biliaires*, 1923), avec l'espoir d'y trouver confirmation d'une zone d'œdème sous-séreux; ils ne viennent pas à l'appui de cette notion.

Pourtant il est fréquent, en pratique, que les tuniques se dissocient spontanément sur les coupes histologiques et que la séreuse manque sur un certain nombre de préparations.

D'autre part, Chiray décrit parmi les caractères histologiques de la cholécystite calculieuse : « Les mêmes caractères, plus atténués (inflammation) se retrouvent au niveau de la sous-séreuse, dans laquelle le tissu adipeux prend parfois un développement considérable ».

La notion de « l'œdème sous-séreux », dans les cas pathologiques, est avant tout une constatation d'ordre chirurgical.

Les discussions qui ont eu lieu en 1903 à la Société de Chirurgie de Lyon, à la suite d'une communication du Professeur Villard, ont mis en évidence la faculté de décollement sous-séreux dans les cas pathologiques. L'article d'E. Vincent, les communications successives du Professeur Tixier, les constatations opératoires du Professeur Bérard, de MM. Delore, Gouilloud, M. Durand ont, dès cette époque, souligné la faculté du décollement sous-séreux sur les vésicules enflammées et l'on attribué à l'œdème de la sous-séreuse.

Le Professeur Leriche en donne l'explication patho-

génique qui nous paraît répondre le mieux à la réalité des faits : « La poussée infectieuse débute brusquement dans une vésicule sans passé clinique, le plus souvent en état de lithiasé latente et d'infection non encore manifestée. Cette brusque poussée aiguë est généralement conditionnée par la subite occlusion du cystique par un calcul encore mobile et faisant bouchon. Les accidents paraissent sous la dépendance de cette occlusion ; la cholécystite calculeuse aiguë est, en somme, une cholécystite en vase clos. C'est cela qui cause la violence de la symptomatologie et surtout la violence des réactions anatomiques, notamment le gonflement énorme de la vésicule, sa turgescence, l'œdème de la sous-séreuse, toutes choses impossibles sur une vésicule depuis longtemps malade, chroniquement enflammée, déjà adhérente et fixée. »

**2° *Le mode de pénétration des vaisseaux
dans les tuniques de la vésicule***

Nous n'insisterons pas sur la disposition de l'artère cystique à distance des parois vésiculaires. Elle est établie par des travaux nombreux, devenus classiques ; au surplus, la situation de l'artère cystique au niveau du canal cystique n'offre pour le sujet qui nous occupe que peu d'intérêt ; il est même permis de l'ignorer, comme il est permis d'ignorer la disposition des vaisseaux autour du col fémoral dans une désarticulation de la hanche par la méthode sous-périostée.

Le point qui nous intéresse ici est la disposition des branches de l'artère cystique dans leur traversée pariétale.

De façon un peu schématique, car il y a des variations nombreuses, on peut dire que l'artère cystique, parvenue sur le bord gauche du col de la vésicule, se divise en deux branches terminales :

L'une, plus volumineuse, reste parallèle au bord gauche de la vésicule et chemine jusqu'au niveau du fond entre la face latérale gauche et la limite gauche de la fossette cystique. Jusqu'au niveau de la partie moyenne du corps elle chemine sous la séreuse. Elle ne pénètre dans la tunique musculuse qu'à ce niveau.

L'autre branche gagne le bord droit de la vésicule, et, pour ce faire, croise le plus souvent la face supérieure du réservoir biliaire à l'union du corps et du col. Cette branche est rapprochée de la face inférieure de la vésicule. Située sous le péritoine elle ne pénètre dans la tunique musculuse qu'au voisinage du fond.

Qu'on imagine maintenant une nappe d'œdème sous-séreux dissociant les tuniques : les branches artérielles restent au contact de la séreuse, s'éloignent de la musculuse.

On les rencontrera dans cette zone d'œdème au point où elles quittent la sous-séreuse pour aborder la musculuse, c'est-à-dire au niveau du corps pour la branche gauche, au voisinage du fond pour la branche droite.

C'est du moins ce qui se passe en pratique, quand on décolle le péritoine épaissi d'une vésicule enflammée.

Si l'on incise à l'union du fond et du corps pour aborder le clivage « en bon lieu », on rencontre la branche droite de l'artère cystique sur la tranche même de section de la couche séreuse, où on peut la lier. On rencontre la branche droite dans la zone même de décollement, sous forme d'une bride unique, nettement reconnaissable. Il suffit de jeter une pince sur cette bride avant de la couper et de poursuivre le décollement.

Dès lors on peut cliver, au doigt ou aux ciseaux courbes, dans la direction du col, sans rencontrer aucun vaisseau, les branches de l'artère cystique restent accolées à la séreuse. Aucune branche collatérale n'en provient pour pénétrer dans la musculieuse.

Le décollement se poursuit pratiquement jusqu'au canal cystique sans se heurter à aucun vaisseau.

Il se passe là ce que tous les chirurgiens, pratiquant l'appendicectomie sous-séreuse sur un appendice enflammé ont pu constater. De même qu'il est possible de décortiquer un appendice et de l'extraire de son étui séreux sans provoquer d'hémorragie, sans avoir à pratiquer aucune ligature, de même il est possible de pratiquer une cholécystectomie sous-séreuse sans avoir à faire d'autre ligature que celle des branches terminales à l'entrée du tunnel séreux.

En résumé la cholécystectomie sous-séreuse simplifiée est réalisable :

- 1° grâce à l'œdème de la sous-séreuse ;
- 2° grâce à la disposition des branches terminales

de l'artère cystique qui restent accolées à la séreuse et ne s'en séparent qu'au moment même où elles pénètrent dans la musculuse.

C'est au cours de l'intervention seulement que peut être décidée la cholécystectomie sous-séreuse.

Technique opératoire

L'opération est donc commencée comme pour une cholécystostomie, puisque c'est l'opération décidée en principe devant les contre-indications cliniques apparentes d'une cholécystectomie (mauvais état général, obésité, etc...).

On pratique donc une incision de Récamier remontant plus ou moins haut suivant le siège de la vésicule perçue.

Dès l'ouverture du péritoine une compresse est glissée sous la vésicule. Car le plus souvent la vésicule, très infectée, est libre d'adhérences, ou les adhérences, si elles existent, sont lâches et la vésicule se laisse facilement isoler.

A ce moment l'examen extérieur de la vésicule a vite fait de renseigner sur la possibilité d'une cholécystectomie sous-séreuse. Les grosses vésicules noirâtres, dites « vésicule aubergine » ; les grosses vésicules dures, épaisses, à péritoine blanchâtre œdémateux, lardacé, sont les formes les plus favorables.

Une fois la cholécystectomie sous-séreuse décidée, il convient d'agrandir l'incision par une incision oblique branchée sur la première et orientée parallèlement au rebord thoracique dans la direction de la ligne

blanche. Donner un jour suffisant sur le fond de la vésicule. C'est tout ce que l'on se propose par ce débridement de la paroi.

L'abord de la vésicule se fait suivant les règles habituelles de la cholécystectomie sous-séreuse, établies par le Professeur Tixier. Une incision circulaire à la limite du fond et du corps, laissant la calotte péritonéale adhérente au fond, est tracée jusqu'à la rencontre d'un plan de clivage. Celui-ci s'amorce seul dès qu'on a atteint le bon plan. Il devient plus facile encore dès qu'on a branché à la face inférieure du corps une incision perpendiculaire à la première, qui la transforme en raquette. (Il n'est pas nécessaire que cette incision s'étende loin dans la direction du col.) Le décollement est amorcé de la pointe des ciseaux courbes fermés sur tout le pourtour du corps. Elle se poursuit au doigt et, dans les cas faciles, il est possible, avec l'index, de faire en quelques secondes le tour de la vésicule presque jusqu'au col.

A un moment donné on est arrêté, non par la difficulté du clivage, qui est nulle, mais pas le volume et la tension de la vésicule. C'est alors, et alors seulement, qu'il faut ponctionner la vésicule pour la vider partiellement de son contenu. Un trocart muni d'un tube de caoutchouc, l'utilisation de l'aspirateur de Villard, permettent de conduire aseptiquement ce temps de la ponction. Le trocart enlevé, une pince à kystes obture l'orifice et saisit la vésicule, permet de l'attirer et d'achever le clivage.

On ne rencontre, dans cette manœuvre du clivage, aucun obstacle, ou plutôt si, on en rencontre, et ce

sont des obstacles précis, car ce sont les branches de l'artère cystique au point où elles quittent la sous-séreuse pour pénétrer dans la musculieuse.

On en rencontre deux :

L'une sur la face inférieure de la vésicule. Souvent on la sectionne en traçant l'incision circulaire à l'union du corps et du fond. On la lie sur la tranche même de section.

L'autre arrête le doigt à mi-corps de la vésicule. On la rencontre vers la face supérieure et à gauche. C'est une bride nette, tendue en travers de la zone de décollement, il suffit de la pincer, puis de la sectionner ou la déchirer au doigt du côté de la musculieuse.

Dès lors le clivage se poursuit sans peine jusqu'au canal cystique, d'autant plus facile qu'on pénètre plus profondément dans l'entonnoir séreux. Il se fait au doigt, aux ciseaux courbes fermés.

A vrai dire on n'est pas certain d'être toujours anatomiquement dans le plan sous-séreux. A mesure que l'on va dans la profondeur il semble que le clivage se fasse plus près de la muqueuse ; la paroi vésiculaire devient plus flasque, se déchire parfois en lambeaux.

Quand on a clivé très loin, il suffit de glisser un doigt tout au fond de l'entonnoir, de charger sur lui la paroi de la vésicule, et de trancher aux ciseaux courbes, sur le doigt, le canal cystique.

On peut, si la vésicule est intacte, placer un fil pour éviter l'écoulement de son contenu et couper en deçà sur la cystique. On peut ainsi extraire la vésicule de sa coque péritonéale en vase clos.

Parfois, au contraire, la vésicule se déchire en un point assez près du col et souille de son contenu l'entonnoir séreux. C'est pourquoi il est de bonne précaution de fixer dès le début du clivage les lèvres de l'entonnoir séreux à l'une des compresses qui bordent la plaie pour éviter toute inoculation du grand péritoine.

La vésicule enlevée, rien n'est plus simple que de parfaire l'entonnoir séreux en fermant par un surjet l'incision de décharge, queue de la raquette, en général courte, et d'aboucher les lèvres de l'entonnoir séreux aux lèvres du péritoine pariétal.

La paroi peut alors être fermée complètement, ne laissant libre que l'ouverture du tunnel séreux, et sans aucun drainage intrapéritonéal, sans aucune mèche de cloisonnement.

Indications

Il faut bien encore le répéter ici. Il ne s'agit pas d'une cholécystectomie sous-séreuse, pratiquée à froid sur une vésicule enflammée, mais bien d'une opération pratiquée d'urgence pour cholécystite aiguë ou suraiguë.

En pareil cas, on a à décider entre une cholécystostomie et une cholécystectomie et ce sont : d'une part la gravité de l'état général, d'autre part l'obésité, qui vont le plus souvent faire choisir la cholécystostomie, opération de prudence, plutôt que la cholécystectomie, opération idéale mais souvent impraticable à cause de sa gravité dans les cholécystites aiguës.

La cholécystectomie sous-séreuse, lorsqu'elle est anatomiquement réalisable, permet de reculer les indications limites de la cholécystectomie. On la pratique dans les cas où, si on n'avait pas recours à elle, c'est pour une cholécystostomie que l'on devrait se décider.

Il y a bien des manières de faire intermédiaires entre la cholécystectomie et la cholécystostomie, utilisables dans certaines circonstances qui y invitent, mais ce ne sont que des pis-aller, incapables d'amener à coup sûr la guérison définitive. C'est ainsi que l'on

peut extérioriser au maximum la vésicule, reséquer le fond et une partie du corps et aboucher à la paroi ce qui en reste ; on réalise ainsi une cholécystectomie partielle, terminée par cholécystostomie.

C'est encore ainsi que l'on peut pratiquer une cholécystostomie et curetter ensuite la muqueuse vésiculaire de façon à la détruire. Ces deux manières de faire ont donné entre les mains du Professeur agrégé P. Bonnet, comme à d'autres, des guérisons définitives, sans fistule.

Mais la valeur de ces interventions d'opportunité n'approche pas de celle de la cholécystectomie sous-séreuse, qui doit bien être considérée, lorsqu'elle est anatomiquement réalisable, comme la cholécystectomie « idéale » en présence d'une cholécystite aiguë.

Elle a sur la cholécystectomie ordinaire l'avantage d'être traumatisante au minimum :

- elle n'exige qu'une incision limitée de la paroi ;
- elle ne nécessite pas l'extériorisation du foie ;
- elle supprime toute espèce de drainage et permet la reconstitution de la paroi tout autour des lèvres de l'entonnoir séreux ;
- elle est surtout d'exécution facile et extrêmement rapide.

La cholécystectomie sous-séreuse trouverait donc son indication dans toutes les cholécystites aiguës si elle était toujours anatomiquement réalisable.

Malheureusement les conditions anatomiques qui permettent de la pratiquer :

- vésicule hypertrophiée ;
- épaissement important de la tunique séreuse, ne sont pas toujours réalisées.

De sorte, qu'au total, la cholécystectomie sous-séreuse dans les cholécystites aiguës suppurées ou gangréneuses ne peut pas être pratiquée dans tous les cas. Elle n'est indiquée que lorsqu'elle peut être facilement réalisée. Cela se reconnaît de suite à l'examen de la vésicule :

Grosse vésicule dite aubergine, tendue, violacée, qui s'extériorise d'elle-même dès l'ouverture du péritoine ;

Grosse vésicule dure, tendue, à coque séreuse épaisse, blanchâtre, oedémateuse.

Telles sont les formes habituellement justiciables de l'abord sous-séreux.

Encore faut-il y penser et en envisager l'éventualité, faute de quoi on laisse passer l'indication de pratiquer la cholécystectomie sous-séreuse.

On peut bien dire et reconnaître que beaucoup de cholécystostomies ont été pratiquées dans les cholécystites aiguës alors qu'on aurait pu, *sans plus de risque*, avoir recours à la cholécystectomie en utilisant l'abord sous-séreux.

Le Professeur Leriche semble plus formel encore dans son appréciation des indications: « Si l'on veut faire une opération sous-séreuse, ce que j'ai toujours fait, l'œdème de la paroi vésiculaire rend le clivage très facile. J'avoue que l'idée ne m'est jamais venue de faire une cholécystostomie. »

Observations

OBSERVATION I

(Publiée dans le *Lyon Chirurgical* de 1924, p. 87.)

Cholécystique gangréneuse avec réaction péritonitique diffuse. — Cholécystectomie sous-séreuse pratiquée d'urgence. — Guérison.

Il s'agissait d'une cholécystite suraiguë gangréneuse, chez une femme énorme, qui avait pesé plus de 100 kilos.

Cette femme fut admise d'urgence à l'infirmerie de porte le 28 octobre 1914. Deux jours auparavant, subitement, elle avait été prise de douleurs atroces, bientôt suivies de vomissements continus qui n'avaient cessé que depuis quelques heures. L'arrêt des matières et des gaz était complet depuis quarante-huit heures.

A l'entrée, la malade avait un pouls à 120, une température à 38°8. Elle était anxieuse et poussait des gémissements incessants. Sa langue était sèche. L'abdomen énorme, ballonné, était cependant encore un peu dépressible. La douleur au palper superficiel s'étendait dans la fosse iliaque droite et la région lombaire du même côté. On percevait très bien, sous la paroi, une énorme vésicule tendue, extrêmement sensible au moindre palper. La malade fut mise au repos et surveillée pendant une heure. Après ce temps, l'état d'anxiété n'avait pas diminué. La malade restait agitée et poussait de continuels gémissements. Un vomissement très abondant se produisit sur le lit d'examen. Dans la crainte d'une perforation en imminence, je décidai une intervention

immédiate. Celle-ci fut faite avec l'aide de M. Gardère, interne de garde, et de M. Boncomont. Sous anesthésie générale à l'éther, je fis d'abord une incision sur le bord du droit. Il existait de l'œdème sous-péritonéal avec coloration verdâtre. Dès l'ouverture du péritoine, un flot de liquide louche, jaunâtre, très abondant, jaillit à l'extérieur. La vésicule ne semble cependant pas perforée. Elle est tendue, fait saillie dans la plaie. Elle a le volume, l'aspect, la couleur d'une grosse aubergine, noirâtre, avec par places une teinte feuille morte. L'épiploon, rouge-noirâtre, en coiffe la face inférieure, mais se sépare très facilement.

Ayant décidé alors une cholécystectomie, j'agrandis l'incision obliquement vers la ligne médiane, en glissant les doigts sous le péritoine. Le péritoine est amarré, bordé de compresses, de façon à protéger l'énorme nappe de tissu cellulaire sous-cutané du contact du pus. Une grande serviette refoule les anses intestinales et cloisonne la région. Une compresse cravate la face inférieure de la vésicule. Celle-ci est alors abordée par voie sous-séreuse. Une incision circulaire est faite à distance du fond, laissant une calotte du péritoine au fond de la vésicule. Une incision parallèle à l'axe de la vésicule transforme en raquette cette incision circulaire.

Deux pinces repèrent les angles du péritoine et les amarrent à la compresse, réalisant une exclusion complète de la loge séreuse de la vésicule. Le péritoine est rouge, épais d'un demi-millimètre. Le décollement est amorcé aux ciseaux courbes, puis poursuivi à l'aide de l'index qui, en quelques instants, clive toute la vésicule jusqu'au cystique. Ce décollement fut d'une simplicité extrême. Deux brides arrêterent le doigt un instant. c'étaient les deux branches de la cystique ; l'une fut liée sur le bord même de la lèvre circulaire du péritoine ; l'autre à quelques centimètres, tout près cependant de la lèvre péritonéale ; je n'eus pas à lier la cystique elle-même, restée en dehors de la zone de décollement. La vésicule était complètement libérée, lorsqu'elle se rompit au niveau du bassin en un point. L'aspirateur de Villard, tenu prêt, assécha l'entonnoir péritonéal, pendant que le doigt achevait la libération du cystique, qui fut

coupé aux ciseaux, sous le contrôle de la vue. Le moignon cystique renfermait encore quelques calculs, qui furent extraits. On voyait alors, tout au fond de l'entonnoir séreux, un orifice où la pince à calculs s'enfonçait profondément. C'était probablement l'hépatique, car la pince se dirigeait vers le foie. Je n'eus pas la sensation d'avoir exploré le cholédoque, mais je considérai avoir rempli l'indication vitale, et je ne poursuivis pas les tentatives de cathétérisme du cholédoque. Il ne venait pas de bile. Un drain fut placé dans le moignon du cystique très large et conduit à l'extérieur à travers l'entonnoir séreux. La fente longitudinale de la raquette péritonéale fut fermée par un surjet. J'avais d'ailleurs fait cette fente très courte, car le clivage était facile, de sorte que presque partout l'entonnoir séreux était complet, et pas une goutte de pus ne filtra hors de lui. Les lèvres de l'incision circulaire faite au voisinage du fond furent bordées au péritoine pariétal. Il ne restait donc qu'une loge séreuse profonde, conduisant le drain à l'extérieur et marsupialisée à la paroi.

La paroi put donc être fermée complètement autour de l'orifice du drain. Je crus même pouvoir suturer avec drainage les téguments, car la couche graisseuse sous-cutanée n'avait subi que le passage du liquide de péritonite. Une vessie de glace fut placée sur le ventre ; un lavement de sérum de 300 cc. administré matin et soir.

La vésicule enlevée, vidée au cours de l'opération du pus qu'elle contenait, renferme un énorme calcul noir et de nombreux et gros calculs à facettes qui remplissaient le bassin. La paroi est noirâtre, couleur feuille morte, farcie d'abcès miliaires. Du liquide vésiculaire est prélevé par M. Gardère pour examen bactériologique.

Le lendemain de l'opération, la température s'élève à 39°4, mais l'état général est cependant meilleur. Les jours suivants, l'amélioration se poursuit, progressive. L'écoulement de bile s'installe par le tube dès le lendemain de l'opération et se poursuit huit jours.

Le drain est enlevé, une légère suppuration de la paroi bien collectée, qui n'obligea qu'à une désunion très partielle des téguments. A l'heure actuelle, la plaie est cicatrisée tout

autour d'un orifice par où passait le drain. Le doigt, introduit dans cette plaie, ne trouve déjà plus trace de l'entonnoir séreux. L'état général est considérablement amélioré. La température qui, pendant quelques jours, s'était maintenue au-dessus de 38°, est actuellement au-dessous de cette ligne.

OBSERVATION II

Cholécystite aiguë suppurée. — Cholécystectomie sous-séreuse sans ligature du tronc de l'artère cystique. — Guérison.

Le Dr Bonnet est appelé d'urgence, un dimanche soir, le 18 novembre 1928, auprès d'une jeune femme de 34 ans.

Depuis 8 jours cette malade, à passé hépatique net, est au lit souffrant de douleurs abdominales violentes, en rapport avec une cholécystite.

L'état s'est assez subitement aggravé depuis la veille : la température qui oscillait entre 38°5 et 39 est montée à 39,5. Le pouls est à 110. Des vomissements se sont répétés toute la journée. La malade est agitée, inquiète, et sont état laisse redouter l'imminence d'une perforation. La palpation, très douloureuse, laisse percevoir une très grosse vésicule, tendue, bas située.

La malade est immédiatement transportée dans une clinique. Une vessie de glace est maintenue sur l'abdomen. Sérum goutte à goutte rectal. Le lendemain matin l'état est sensiblement amélioré, les vomissements ont cessé. L'état général reste cependant inquiétant et la crainte d'une perforation encore possible conduit à intervenir immédiatement.

Intervention. — Anesthésie générale à l'éther. Incision de Récamier en regard de la vésicule. On se trouve immédiatement en présence d'une grosse vésicule, à peu près libre d'adhérence, simplement accolée aux organes voisins par un voile œdémateux.

La vésicule est blanche, tendue, dure, sans trace de perforation menaçante.

On la soulève en glissant sous elle une compresse qui l'isole du grand péritoine.

Son aspect fait décider la cholécystectomie par voie sous-séreuse. L'incision de la paroi est agrandie par une incision oblique, dirigée vers l'épigastre. La gaine du muscle droit est incisée et le muscle récliné mais non sectionné. Une incision circulaire est faite au bistouri, excluant la calotte du fond. La couche péritonéale est épaisse de 2 millimètres, lardacée ; elle se clivé spontanément des plans sous-jacents, du seul fait de la tension vésiculaire. Une pente très courte sur la paroi inférieure transforme l'incision en raquette.

On commence aux ciseaux fermés le clivage circulaire du corps qui se fait très facilement. Mais la vésicule tendue ne permet pas de glisser le doigt. La vésicule, pour cette raison, est ponctionnée, vidée à l'aspirateur de Villard. On retire 150 centimètres cubes de pus franc d'odeur fécaloïde.

La vésicule, une fois vidée, le clivage se poursuit vers le col au doigt et aux ciseaux courbes promenés circulairement.

On rencontre chemin faisant deux brides, l'une à la face inférieure, l'autre à la face supérieure de la vésicule. Ce sont les branches de l'artère cystique qui quittent la place séreuse pour plonger dans la tunique musculieuse. On les lie sur place, en ce point. La libération est poursuivie très loin jusqu'au cystique.

Grâce à des tractions exercées sur la vésicule, une pince courbe est placée sur la muqueuse du cystique et le canal coupé en deux, aux ciseaux, sous le simple contrôle du doigt qui le charge.

Pas d'exploration de la vésicule biliaire principale.

On enlève ainsi une grosse vésicule, à muqueuse très ulcérée, contenant quelques calculs

Les lèvres de l'entonnoir séreux sont abouchés aux lèvres du péritoine pariétal. La compresse est enlevée et le péritoine complètement fermé, sans drainage. Fermeture partielle de la paroi drainée par une mèche imprégnée de liquide de Dubard.

Les suites opératoires furent d'une simplicité remarquable.

La température tomba progressivement à la normale en peu de jours.

Après quelques jours un écoulement de bile se fit par l'entonnoir séreux. Il persista environ deux semaines et se tarit rapidement.

La malade guérit rapidement avec une paroi solide et reprit toute son activité.

Quatre mois après, le jour de Pâques, elle présenta subitement une crise douloureuse, avec ictère, frissons, diarrhée, décoloration des matières. T 38°6. Cet incident fit soupçonner l'existence d'un calcul du cholédoque.

Mais il resta isolé. La malade fit une cure à Vichy. Elle a été revue cette année en parfaite santé.

Conclusions

Les indications de la cholécystectomie sous-séreuse, opération méthodique, réservée habituellement aux cholécystites chroniques, peuvent être étendues aux cholécystites aiguës suppurées et même gangréneuses.

La technique est alors simplifiée :

1° Du fait de l'extrême facilité du décollement, qui se fait au doigt ;

2° Par la suppression de la ligature du tronc de l'artère cystique. Les deux branches de l'artère sont rencontrées dès le début dans la zone de décollement, au moment où, quittant la séreuse, elles plongent dans la tunique musculieuse. C'est là qu'on les lie. On n'a plus alors à se préoccuper d'aucune ligature.

Cette technique permet de faire encore la cholécystectomie dans des cas où l'état général imposerait de faire une simple cholécystostomie. C'est une opération simple, facile, rapidement conduite, qui ne nécessite pas l'extériorisation du foie.

Les suites en sont remarquablement simples.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 27 Juin 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- ADLER. — Deux cas de cholécystectomie sous-séreuse. Société de Chirurgie de Lyon (*Lyon Médical*, 1907).
- BÉRARD. — Discussion sur la cholécystectomie sous-séreuse. Société de Chirurgie de Lyon (*Lyon Médical*, 1903).
- Discussion sur l'opération de Kehr. Société de Chirurgie de Lyon (*Lyon Médical*, 1907).
- P. BONNET. — De la cholécystectomie sous-séreuse dans le traitement des cholécystites suraiguës. Société de Chirurgie de Lyon, 1924 (*Lyon Chirurgical*, 1924, t. XXI, p. 87).
- BUFFÉ. — Cholécystectomie sous-séreuse. *Thèse de Lyon*, 1907-1908.
- CHIRAY et C. PAVEL. — *La vésicule biliaire*, 1927.
- COTTE. — Technique opératoire de la cholécystectomie sous-séreuse. (*Lyon Chirurgical*, 1^{er} novembre 1908.)
- DOYEN. — Ablation sous-séreuse de la vésicule biliaire. Congrès de Chirurgie de Paris, 1899.
- Ablation sous-séreuse de la vésicule biliaire (*Revue pratique de Médecine et de Chirurgie*, 1899).
- DURAND. — Trois cas de cholécystectomie sous-séreuse. Société de Chirurgie de Lyon (*Lyon Médical*, 1905).
- Un cas d'opération de Kehr. Société de Chirurgie de Lyon (*Lyon Médical*, 1907).
- GOULLIoud. — Deux cas de cholécystectomie sous-séreuse. Société de Chirurgie de Lyon (*Lyon Médical*, 1904).
- Un cas de cholécystectomie sous-séreuse. Société de Chirurgie de Lyon (*Lyon Médical*, 1905).
- LERICHE. — *Lyon Chirurgical*, 1924, p. 97.

- SCHANGEL. — Cholécystectomie sous-séreuse dans l'opération de Kehr. *Thèse de Lyon*, de 1908-1909.
- TIXIER, — Discussion sur la cholécystectomie sous-séreuse. Société de Chirurgie de Lyon (*Lyon Médical*, 1903).
- Un cas de cholécystectomie sous-séreuse. Société de Chirurgie de Lyon (*Lyon Médical*, 1904).
 - Technique de la cholécystectomie sous-séreuse. Société de Chirurgie de Lyon (*Lyon Médical*, 1904).
 - Discussion sur la cholécystectomie sous-séreuse. Société de Chirurgie de Lyon (*Lyon Médical*, 1904).
- VILLARD. — Pronostic et traitement des fistules biliaires opératoires. Société de Chirurgie de Lyon (*Lyon Médical*, 1902).
- Un cas de cholécystectomie sous-séreuse. Société de Chirurgie de Lyon (*Lyon Médical*, 1903).
 - Discussion sur la cholécystectomie sous-séreuse. Société de Chirurgie de Lyon (*Lyon Médical*, 1903).
 - Discussion sur la cholécystectomie sous-séreuse. Société de Chirurgie de Lyon (*Lyon Médical*, 1904).
- VINCENT. — Discussion sur la cholécystectomie sous-séreuse. Société de Chirurgie de Lyon (*Lyon Médical*, 1903).
- Discussion sur la cholécystectomie sous-séreuse. Société de Chirurgie de Lyon (*Lyon Médical*, 1904).
- VIRENQUE in HARTMANN. — *Chirurgie des voies biliaires*, 1924.
- WITZEL. — Ablation sous-séreuse de la vésicule biliaire. *Centralblatt für Chirurgie*, 1906.
-

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos.....	11
Introduction	13
Conditions anatomiques favorables à la cholécystectomie sous-séreuse simplifiée.....	17
1° La couche sous-séreuse de la vésicule.....	17
2° Le mode de pénétration des vaisseaux dans les tuniques de la vésicule.....	21
Technique opératoire	25
Indications.....	29
Observations	33
Conclusions.....	39
Bibliographie.....	41



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

LYON



